

사회보장청 (Social Security Administration)

사회보장 카드 신청요령

사회보장 카드 신청은 간단하고 **또 무료입니다!**

이 신청요령을 이용하여 신청할 수 있는 것은:

- 최초 사회보장 카드
- 복제 사회보장 카드 (동일한 성명 및 번호)
- 정정 사회보장 카드 (성명 변경 및 동일번호)
- 성명 이외의 기록상의 **정보변경** (카드 불필요)

중요사항: 귀하는 필요한 증거를 제시하여야 합니다. 그렇지 않으면, 우리는 이 신청을 처리할 수 없습니다. 아래의 설명에 따라 우리가 필요로 하는 정보 및 증거를 제시하십시오.

- 단계 1** 신청서 작성방법과 우리가 필요로 하는 증거를 설명하는 1 페이지에서 3 페이지까지를 읽음.
단계 2 청색 또는 흑색 잉크를 사용하여 신청서를 기재하고 서명함. 연필이나 다른 색 잉크를 사용하면 안됨. 읽기 좋도록 활자체로 쓰기 바람.
단계 3 작성하고 서명한 신청서를, 요구한 모든 증거와 함께, 어느 사회보장 사무소에나 제출함.

이 신청서의 작성방법

대부분 신청서 내용은 이해하기 쉽게 설명이 되어있습니다. 보충 설명이 필요한 부분은 다음 아래에 지시 되어있습니다. 아래의 숫자들은 서식의 각 항목별 숫자와 일치합니다. 다른 사람을 위하여 이 서식을 작성하는 경우에는, 그 사람에게 해당하는 항목들을 기재하십시오.

이 신청서는 영어로 작성해야만 합니다.

2. 지금부터 10 일 내지 14 일 후에 귀하의 카드를 받을 수 있는 주소를 명기하세요.
3. 귀하가 “노동을 할 자격이 **없는** 합법적 외국인” 난을 체크하는 경우, 귀하가 번호를 필요로 하는 이유와 귀하가 번호를 제외하고는 혜택 또는 서비스를 받을 모든 요건을 충족함을 설명하는 서류양식을 귀하의 사회보장 번호를 요구하는 정부기관에 제시할 필요가 있습니다. 주 또는 지방 정부기관의 요구조건은 연방법률에 부합해야만 합니다.

귀하가 이 구분의 어느 것에도 맞지 않는 경우, 넷째 칸에 체크하세요. 귀하가 넷째 칸에 체크하는 경우, 지급액 수령의 조건으로, 사회보장 번호를 필요로 하는 연방이 제공하는 혜택을 받을 자격이 귀하에게 있다는 증거를 귀하는 제시할 필요가 있습니다.
5. 종족/인종에 관한 정보의 제공은 자발적인 것입니다. 하지만, 귀하가 우리에게 이 정보를 주는 경우, 그것은 사회보장 프로그램들이 사람들에게 어떤 영향을 주는지에 관한 통계보고의 작성에 도움이 됩니다. 우리는 개인의 인적사항을 공개하지 않습니다.
6. 출생한 달, 일자, 그리고 (네 자리 숫자) 연도전체, 예를 들어, 출생연도 “1998”을 명기하세요.
- 8.B. 귀하가 18 세 이하의 자녀를 위한 최초의 사회보장 카드를 신청하는 경우에만, 모친의 사회보장 번호를 명기하세요. 모친이 번호가 없거나 또는 귀하가 모친의 번호를 모르는 경우, 이 항목을 공백으로 남겨둘 수도 있습니다. 우리는 여전히 그 자녀에게 번호를 배정할 수 있습니다.
- 9.B. 귀하가 18 세 이하의 자녀를 위한 최초의 사회보장 카드를 신청하는 경우에만, 부친의 사회보장 번호를 명기하세요. 부친이 번호가 없거나 또는 귀하가 부친의 번호를 모르는 경우, 이 항목을 공백으로 남겨둘 수도 있습니다. 우리는 여전히 그 자녀에게 번호를 배정할 수 있습니다.

-
13. 과거의 카드 신청서에 사용한 다른 생년월일을 기입하세요. 귀하가 항목 6 에 명기한 생년월일이 과거에 사회보장 카드 신청서에 귀하가 사용한 생년월일과 다를 경우, 과거의 신청서에 귀하가 사용한 생년월일을 명기하고, 항목 6 의 생년월일을 입증할 연령의 증거를 제출하세요.
16. 귀하가 19 세 이상의 연령이며 육체적 및 정신적인 능력이 있는 경우, 귀하는 신청서에 직접 서명해야 합니다. 귀하가 귀하의 이름을 서명할 수 없는 경우, 귀하는 “X” 표시로 서명을 하고 그 표시 옆의 공백에 두 사람이 증인으로 서명하게 해야 합니다. 귀하가 육체적 또는 정신적으로 신청서에 서명할 수 없는 경우, 일반적으로 부모, 가까운 친척 또는 법적 후견인이 신청서에 서명할 수도 있습니다. 누가 서명할 수 있는지에 관한 설명이 필요하면 우리에게 연락하세요.

귀하의 서류에 관하여

- 우리는 서류 원본 또는 기록 관리인이 인증한 사본을 필요로 합니다. 우리는 귀하의 서류를 보고 난 후에 반환할 것입니다.
- 우리는 서류의 복사본 또는 공증 사본을 인정할 수 없습니다.
- 귀하의 서류가 이 요건에 부합하지 않으면, 우리는 귀하의 신청을 처리할 수 없습니다.

우리가 필요로 하는 서류

최초의 카드 (귀하는 이전에 사회보장 번호를 배정 받은 적이 한번도 없음)를 신청하려면, 우리는 다음의 증거로 최소한 2 개의 서류를 필요로 합니다:

- 연령,
- 신분, 그리고
- 미국 시민권 또는 합법적인 외국인 자격.

복제 카드 (동일 번호, 동일 성명)를 신청하려면, 우리는 신분에 관한 증거가 필요합니다.

정정 카드 (동일 번호, 다른 성명)을 신청하려면, 우리는 신분에 관한 증거가 필요합니다. 우리는 우리 기록상의 귀하의 구 성명 그리고 귀하의 새 성명으로 귀하의 신분을 확인할 하나 이상의 서류를 필요로 합니다. 이에 포함되는 예로는: 결혼증명서, 이혼판결, 또는 귀하의 성명을 변경하는 법원명령. 아니면 우리는 두 개의 신분관련 서류를 인정할 수 있습니다 - 귀하의 구 성명으로 된 서류 하나 그리고 귀하의 새 성명으로 된 서류 하나. (신분관련 서류의 예를 위해서는, 신분 항을 참조바람.)

중요사항: 귀하가 복제 또는 정정 카드를 신청하는 경우 그리고 미국 이외의 지역에서 출생한 경우, 우리는 또한 미국 시민권 또는 합법적 외국인 자격에 관한 증거도 필요합니다. (귀하가 제출할 수 있는 서류의 예를 위해서는, 시민권 또는 외국인 자격 항을 참조바람.)

연령: 우리는 귀하의 출생증명서를 보는 것을 선호합니다. 하지만, 우리는 귀하의 연령을 증명하는 서류를 인정할 수 있습니다. 우리가 인정할 수 있는 일부 다른 서류에는:

- (출생 시에 작성된) 귀하의 출생에 관한 병원기록
- 귀하가 3 개월이 되기 전에 작성된 귀하의 연령을 증명하는 종교기록
- 여권
- 입양 기록 (입양 기록에는 출생증명서 원본에 명시된 생일이 인용되었음이 명기되어야 합니다)

이 서류 가운데 하나를 입수할 수 없는 경우, 우리에게 연락하여 자문을 구하기 바랍니다.

신분: 우리는 귀하가 카드 위에 기재되기를 원하는 이름으로 된 서류를 보아야만 합니다. 신분관련 서류는 최근에 발행된 것이어야 우리가 귀하의 지속적인 존재를 확인할 수 있습니다. 우리는 사진이 있는 서류를 보는 것을 선호합니다. 하지만, 우리는 귀하를 확인할 수 있는 충분한 정보가 있으면 사진이 없는 서류도 일반적으로 인정할 수 있습니다 (예컨대, 귀하의 성명 나이가 연령, 생년월일 또는 부모의 성명). **우리는 신분의 증거로서, 출생증명서, 병원에서 기념물로서 발급하는 출생증명서, 사회보장 카드 또는 카드 겹 쪽지 또는 사회보장기록을 인정할 수 없습니다.** 우리가 인정할 수 있는 일부 서류는:

- 운전면허증
- 고용주 신분증
- 여권
- 결혼 또는 이혼 기록
- 입양 기록 (연령을 확정하기 위하여 사용되지 않는 경우에 한함)
- 건강보험 카드 (노년 의료혜택이 아님)
- 군복무 기록
- 생명보험계약서
- 학교 신분증

유아와 어린이를 위한 신분의 증거로, 우리가 인정할 수 있는 것은:

- 의사, 진료소, 병원 기록
- 탁아소, 학교 기록
- 종교기록 (예컨대, 세례의식 기록)

중요사항: 귀하가 다른 사람을 대리하여 카드를 신청하는 경우, 귀하는 카드가 발급될 사람을 대신하여 신청서에 서명할 수 있는 권한을 입증할 수 있는 증거를 제출하여야 합니다. 이외에, 우리는 귀하와 카드가 발급될 사람, 두 사람 모두의 신분의 증거를 보아야만 합니다.

미국 시민권: 우리는 귀하가 미국에서 출생했음을 증명하는 대부분의 서류를 인정할 수 있습니다. 귀하가 미국 이외의 지역에서 출생한 미국 시민인 경우, 미국 영사관 출생신고, 미국 여권, 시민권 증명서, 또는 귀화 증명서.

외국인 자격: 우리는 귀하의 이민자 신분을 증명하는 서식 I-551, I-94, I-688B 또는 I-766 등 미국 국토안보부(DHS: Department of Homeland Security)가 귀하에게 발행한 유효기간 내의 서류를 보아야 합니다. 우리는 귀하가 그 서류를 신청했음을 증명하는 영수증을 인정할 수 없습니다. 귀하가 미국에서 노동할 자격이 없는 경우, 우리는 귀하가 합법적으로 미국에 있고 노동 이외의 유효한 이유로 번호를 필요로 하는 경우에 사회보장 카드를 발급할 수 있습니다. (이 신청서의 작성 방법 란 항목 3 참조바람.) 귀하의 카드에는 귀하가 노동할 수 없다는 표시가 적힐 것입니다. 귀하가 노동을 하면, 우리는 DHS 에 통보할 것입니다.

귀하의 기록상에 성명 이외의 정보를 변경하는데, 우리가 필요로 하는 증거는:

- 신분, 그리고
- 그 변경사항을 입증하는 또 다른 서류 (예를 들어, 귀하의 출생 일자 및/또는 장소 또는 부모의 성명을 변경하기 위한 출생증명서).

이 신청서의 제출방법

대부분의 경우, 귀하는 이 신청서를 증거서류와 함께 어느 사회보장 사무소에라도 우송할 수 있습니다. 우리는 귀하의 서류를 반환할 것입니다. 귀하가 원본서류를 우송하기를 원하지 않는 경우, 그것을 이 신청서와 함께 가장 가까운 사회보장 사무소로 가져 가십시오.

예외: 귀하가 12 세 이상이고 이전에 번호를 배정 받은 적이 한번도 없는 경우, 귀하는 직접 신청해야만 합니다.

이 서식 또는 우리가 필요로 하는 서류에 관해 귀하에게 의문이 있는 경우, 어느 사회보장 사무소에라도 연락하세요. 전화 한 통화면 귀하가 카드를 신청하거나 기록상의 정보를 변경하는데 필요로 하는 모든 것을 갖추었는지를 확인하는데 도움이 될 것입니다. 귀하는 가장 가까운 사무소를 현지 전화번호부 또는 우리 웹사이트 www.socialsecurity.gov 에서 찾을 수 있습니다.

서류작성/사생활 보호법(Privacy Act) 및 귀하의 신청서

1974년의 사생활보호법은 사회보장 번호를 신청하는 각자에게 다음 사항을 통보할 것을 우리에게 의무화합니다.

사회보장법(Social Security Act) 제 205(c)조와 제 702 조는 이 서식에서 우리가 요구하는 사실들을 우리가 수집하는 것을 허용합니다.

우리는 귀하가 이 서식에서 제공하는 사실들을 귀하에게 사회보장 번호를 배정하고 사회보장 카드를 발행하는데 사용합니다. 귀하는 우리에게 이 사실들을 내놓을 필요는 없습니다. 하지만, 그것들이 없으면 우리는 귀하에게 사회보장 번호 또는 카드를 발급할 수 없습니다. 번호가 없으면, 귀하는 취업을 하지 못할 수도 있으며, 장차 사회보장 혜택을 상실할 수도 있습니다.

사회보장 번호는 또한 국세청(Internal Revenue Service)에 신고되는 소득을 가진 사람들의 소득세 신고를 처리함에 있어 국세청이 조세행정목적의 신원확인수단으로도 이용되며, 그리고 다른 사람의 연방 소득신고 상에 피부양자로 청구하는 사람들이 이용합니다.

사회보장 프로그램들을 운영하는데 필요하다면 우리는 정보를 공개할 수도 있는데, 그 대상에 포함되는 것은 사회보장법 위반의 혐의를 수사하는 관계 법 집행 기관들; 부동산소유, 건강 및 서민 의료보조(Medicaid), 노년 의료보장(Medicare), 퇴역군인 보조금, 군 연금 및 공무원 복지, 흑폐증, 주택지원, 학생대출, 철도퇴직연금 및 식량 카드를 운영하는 기타의 정부 기관들; 연방조세운동을 위한 국세청; 그리고 임금 신고서를 정상적으로 작성하기 위한 고용주 및 이전의 고용주. 우리는 또한 연방법률이 요구하는 바에 따라 정보를 공개할 수도 있는데, 예를 들면, 미국내의 외국인을 식별하고 소재파악을 하기 위한 국토안보부(Department of Homeland Security); 모병 등록을 위한 선발모병청(Selective Service System); 그리고 아동부양 강행 목적의 보건인간복지부(Department of Health and Human Services)가 있습니다. 우리는 사회보장법이 허용하는 바에 따라 운전면허 발행에 이 번호를 사용하는 주의 자동차 관련 기관들을 위하여 사회보장 번호를 확인해 줄 수도 있습니다. 끝으로, 귀하 소속지역 국회의원이 귀하가 제기하는 질문에 답하기 위한 정보를 요청하는 경우 정보를 공개할 수도 있습니다.

우리는 컴퓨터로 기록을 대조할 때 귀하가 우리에게 준 정보를 사용할 수도 있습니다. 대조 프로그램들은 우리의 기록을 다른 연방, 주 및 지방 정부 기관들의 기록과 비교하여, 어떤 사람이 연방정부가 지급하는 혜택을 받을 자격이 있는지를 확인합니다. 귀하가 이에 동의하지 않는다 하더라도, 법은 우리가 이렇게 하는 것을 허용합니다.

귀하가 제공하는 정보를 우리가 왜 사용하거나 내 줄 수 있는지에 관한 이런 이유 등에 관한 설명은 사회보장 사무소에서 알아 볼 수 있습니다. 귀하가 이에 관해 더 많은 것을 알고 싶은 경우, 사회보장 사무소에 연락하십시오.

이 정보수집은, 1995년의 서류작성 간소화 법(Paperwork Reduction Act) 제 2 조로 개정된, 44 U.S.C. §3507 의 요건을 충족합니다. 우리가 관리예산청(Office of Management and Budget)이 정한 유효한 통제번호를 게시하지 않으면, 귀하는 이들 질문에 답변할 필요가 없습니다. 설명서를 읽고 사실을 파악하고 이들 질문에 답하는데 약 8.5 분 내지 9 분이 걸릴 것으로 우리는 추산합니다. **작성된 서식을 귀하의 소재지 사회 보장청 사무소로 송부하십시오. 그 사무소는 귀하의 전화번호부, 미국 정부기관 난에 수록되어 있습니다. 또는 귀하가 1-800-772-1213 번으로 전화를 걸어 사회보장청으로 연락할 수 있습니다. 상기와 같이 우리가 추정한 소요 시간에 대하여 의견이 있는 경우, 귀하는 당해 의견을 다음 주소로 보낼 수 있습니다: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-0001. 이 주소로는 오직 우리가 추정한 소요 시간에 관한 의견만을 보내 주십시오. 작성된 서식은 이 주소로 보내는 것이 아닙니다.**

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Application for a Social Security Card

Form Approved
OMB No. 0960-0066

1	NAME → <small>TO BE SHOWN ON CARD</small>	First	Full Middle Name	Last		
	FULL NAME AT BIRTH IF OTHER THAN ABOVE	First	Full Middle Name	Last		
	OTHER NAMES USED					
2	MAILING ADDRESS → <small>Do Not Abbreviate</small>	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.				
		City	State	Zip Code		
3	CITIZENSHIP → <small>(Check One)</small>	<input type="checkbox"/> U.S. Citizen	<input type="checkbox"/> Legal Alien Allowed To Work	<input type="checkbox"/> Legal Alien Not Allowed To Work (See Instructions On Page 1)	<input type="checkbox"/> Other (See Instructions On Page 1)	
4	SEX →	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female			
5	RACE/ETHNIC DESCRIPTION → <small>(Check One Only - Voluntary)</small>	<input type="checkbox"/> Asian, Asian-American or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Black (Not Hispanic)	<input type="checkbox"/> North American Indian or Alaskan Native	<input type="checkbox"/> White (Not Hispanic)
6	DATE OF BIRTH → <small>Month, Day, Year</small>	7	PLACE OF BIRTH → <small>(Do Not Abbreviate)</small>	City	State or Foreign Country	<small>Office Use Only</small>
				FCI		
8	A. MOTHER'S MAIDEN NAME →	First	Full Middle Name	Last Name At Her Birth		
	B. MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
9	A. FATHER'S NAME →	First	Full Middle Name	Last		
	B. FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
10	Has the applicant or anyone acting on his/her behalf ever filed for or received a Social Security number card before? <input type="checkbox"/> Yes (If "yes", answer questions 11-13.) <input type="checkbox"/> No (If "no", go on to question 14.) <input type="checkbox"/> Don't Know (If "don't know", go on to question 14.)					
11	Enter the Social Security number previously assigned to the person listed in item 1. →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
12	Enter the name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1. →	First	Middle Name	Last		
13	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card. →	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <small>Month, Day, Year</small>				
14	TODAY'S DATE → <small>Month, Day, Year</small>	15	DAYTIME PHONE NUMBER () → <small>Area Code Number</small>			
16	I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge.					
	YOUR SIGNATURE →	17 YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS:				
		<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Natural Or Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other (Specify)				
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (FOR SSA USE ONLY)						
NPN		DOC	NTI	CAN	ITV	
PBC	EVI	EVA	EVC	PRA	NWR	DNR UNIT
EVIDENCE SUBMITTED				SIGNATURE AND TITLE OF EMPLOYEE(S) REVIEWING EVIDENCE AND/OR CONDUCTING INTERVIEW		
				DATE		
				DATE		